Ueber Beckenendlage auf Grund von 174 Beobachtungen aus den Jahren 1909—1919

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlanguug der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin.

Von

Bruno Geiseler
approb. Arzt aus Müncheberg i. d. Mark

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Tag der Promotion: 18. November 1920

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. **Killian**
Referent: Prof. Dr. **Strassmann**
Korreferent: Prof. Dr. **Bumm**

In den Jahren 1909—1919 wurden an der Straßmannschen Frauenklinik in Berlin 174 Beckenendlagen beobachtet. Von diesen waren 126 Steißlagen, 45 Fußlagen und 3 Knielagen. Das Verhältnis der Steißlagen zu den übrigen Beckenendlagen beträgt somit 2,6 : 1.

Als Aetiologie für die Behandlung findet sich bei 43 Frauen ein enges Becken, bei 19 Zwillingsschwangerschaft, Frühgeburt bei 28 und Fehlgeburt bei 2 Schwangeren. Ferner sind 16 abgestorbene Früchte als Beckenendlage notiert. Dreimal ist Placenta praevia, zweimal Hydrocephalus als ursächliches Moment zu nennen, bei 7 Frauen individuelle Veranlagung, da sie wiederholt mit dieser Geburtslage niedergekommen sind. Bei 34 Schwangeren, wo sich sonst keine Gründe für die Beckenendlage nachweisen lassen, haben die Kinder eine Größe, welche die Norm z. T. erheblich überschreitet. 22 Kinder sind davon nach den Berechnungen übertragen, 12 kamen zu normalen Geburtsterminen auf die Welt. Danach stehen also große Kinder und Beckenendlage ebenfalls in enger Beziehung zu einander. In 20 Fällen bleibt die Aetiologie dunkel.

Die mütterliche Mortalität ist gering; auf die 174 Geburten kommen 2 Todesfälle = 1,08 %. Eine infiziert aufgenommene Mutter starb an Sepsis nach Entbindung von einem toten Kinde, die andere erlag einer Luftembolie.

Weichteilverletzungen werden bei 67, also 38,5 %, aller Frauen beobachtet. Von den Erstgebärenden wurden 54 = 51,9 %, von den verschiedenen Mehrgebärenden 13 = 18,5 % davon betroffen. In einem Falle ereignete sich ein Dammriß II. Grades trotz Episiotomie, die im ganzen achtmal angelegt wurde. Dammrisse I. Grades kamen nicht häufiger als bei Schädellagen vor. Dammrisse III. Grades sah man bei 8 Primiparen und 1 Multiparen.

Auch die kindliche Sterblichkeit ist gering. Das Material liefert nur 7, also etwa 5 %, Todesfälle. Die Todesursache war bei zwei großen übertragenen Kindern wahrscheinlich vorzeitige Unterbrechung des Placentarkreislaufs, bei den 5 anderen Kindern lag sie in intracraniellen Blutungen und Verletzungen.

An scheintoten Geburten finden sich 29 = 16,6 %, davon tiefscheintote 12 = 6,9 %.

Früh- bezw. vorzeitiger Blasensprung ergab sich in 25 = 14,4 % aller Schwangerschaften. Siebenmal davon war frühzeitiger Blasensprung mit Nabelschnurvorfall kombiniert.

Verletzungen unter der Geburt ereigneten sich bei 6 Kindern; zweimal kam bei der Armlösung eine Claviculafraktur zustande, einmal zeigte sich eine tiefe Impression an Stirn und Wange, wo ein Kind mit großem Kopf durch ein allgemein verengtes Becken getrieben werden mußte, einmal eine oberflächliche Hautverletzung der Nates. Ein Kind wurde mit einer Parese des rechten Armes nach Armlösung und einem linksseitigen Caput obstipum geboren. Schließlich wurde nach Veit-Smellie ein Haematom des Sternokleidomastoideus beobachtet, dem kein Schiefhals folgte.

Was die Behandlung der Beckenendlagen anbetrifft, so gelten an der Straßmannschen Klinik in der Hauptsache folgende Regeln:

1. Normale Steißlagen sind exspectativ zu behandeln, nur die manuelle Nachhülfe bei der Geburt der oberen Rumpfhälfte ist erlaubt;

2. das prophylactische Fußholen ist gestattet bei Vorfall der Nabelschnur, Eklampsie, engem Becken, abgewichener Beckenendlage und bei vorzeitigem Blasensprung ohne wirksame Wehen. Es ist möglichst solange aufzuschieben, bis der Muttermund die ausschließende Extraktion gestattet.

3. Die Beendigung der Geburt in Steißlage nimmt man vor durch Herunterholen des Fußes und sofort angeschlossene Extraktion, wenn der Steiß noch beweglich über dem Becken steht oder wenigstens eben erst in dasselbe eingetreten ist. Steht der Steiß tief im Becken, so versucht man die manuelle Extraktion durch Einhaken mit dem Finger in die vordere Hüftbeuge. Gelingt dies nicht, so greift man zu starker Expression von außen.

Die übrigen Beckenendlagen sind von gleichen Gesichtspunkten ihrer Art entsprechend zu behandeln.

Die Armlösung wird nach Müller ausgeführt, wenn die vordere Schulter unter die Symphyse getreten und der vordere Arm so leicht erreichbar ist. Die Lösung des hinteren Arms erfolgt dann ohne Drehung in der Kreuzbeinhöhlung. Sonst werden beide Arme unter Drehung des Rumpfes in der Kreuzbeinhöhlung gelöst.

Zur Kopfentwicklung dient in der Regel der Veit-Smelliesche Handgriff, wenn nicht schwierige Fälle die Entwicklung des Kopfes durch kombinierten Wiegand-Martin-Winckel und Veit-Smellie notwendig machen.

Kunsthilfe war bei den meisten Geburten angezeigt, obwohl immer nur aus dringenden Indikationen eingegriffen wurde. Nur 24 Kinder kamen völlig spontan zur Welt. Bei 58 Geburten wurde

zur Beschleunigung des Durchschneidens der oberen Rumpfhälfte und des Kopfes manuelle Hilfe geleistet. 92 Fälle erheischten operative Beendigung der Geburt zu einem früheren Zeitpunkt, die je nach den vorliegenden Verhältnissen mit den oben angeführten Mitteln ausgeführt wurde.

Lebenslauf

Bruno Geiseler, preußischer Staatsangehörigkeit, evangelischer Konfession, am 9. 6. 1893 zu Müncheberg i. Mark geboren. Abiturium Ostern 1913 am Realgymnasium zu Potsdam. Bis zum Kriegsausbruch Studium der Medizin an den Universitäten Berlin und Kiel. Während des ganzen Krieges im Felde. Nach seiner Beendigung Wiederaufnahme des Studiums an der Berliner Universität. Aerztliche Vorprüfung Oktober 1917 auf Urlaub in Berlin. Aerztliche Prüfung in Berlin und Approbation Juni 1920.